_____ _____

Name, Vorname **Telefon- / Handynummer**

_____ _____

Straße, Hausnummer **E-Mail**

_____

PLZ, Ort

Antrag auf Teilnahme an der Kenntnisprüfung - Medizin

Hiermit beantrage ich, _____,

geboren am _____ in _____, die Teilnahme an der Kenntnisprüfung.

Ich bin bereits als Kammerangehöriger bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe eingetragen:

( ) Ja

( ) Nein

Des Weiteren erkläre ich, dass ich die Teilnahme an der Kenntnisprüfung in einem anderen Bundesland der Bundesrepublik Deutschland bisher **nicht** beantragt habe.

_____, den _____ _____

(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Hinweis:

Eine Ladung kann **jederzeit** nach Anmeldung zur Teilnahme an der Kenntnisprüfung erfolgen.

zurück an:

Bezirksregierung Münster

Dez. 24 – ZAG

Domplatz 1-3

48143 Münster